TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE SOM E IMAGEM
Projeto Coluna sem dor – Unidade de Saúde de Altamira do Paraná

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, declaro, para os devidos fins, que **AUTORIZO** a utilização da minha imagem (fotografias e/ou vídeos) captada durante as atividades do **Projeto de Fisioterapia para Pacientes com Dores na Coluna**, realizadas pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira do Paraná.

A presente autorização tem como objetivo permitir o uso da minha imagem exclusivamente para:

- Divulgação institucional do projeto nas redes sociais oficiais da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal;
- Publicações de caráter informativo, educativo ou de prestação de contas das ações realizadas pela unidade de saúde;
- Apresentações internas e relatórios de acompanhamento do projeto.

Declaro estar ciente de que minha imagem **não será utilizada com fins comerciais**, tampouco será vendida ou cedida a terceiros fora do escopo deste projeto.

Estou ciente de que a presente autorização é **gratuita, válida por tempo indeterminado**, e poderá ser revogada a qualquer momento mediante solicitação por escrito, sem qualquer ônus.

Por ser expressão da minha vontade, firmo o presente termo.

Altamira do Paraná, _____de _____de 2025.

_____

Assinatura do Participante